19.

NOTES CHIRURGICALES

PROLAPSUS UTÉRIN
RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS
GUÉRISON

*
* *

SUR UN NOUVEAU CAS D'EXTIRPATION
DE POLYPE DE L'OREILLE PAR TORSION

PAR

le Dr Camille MOREAU
Chef de Service à l'Hôpital de Charleroi.

Extrait du *Bulletin Médical*,
N° 7 de Juillet 1888.

CHARLEROI
IMPRIMERIE AUGUSTE PIETTE, RUE NEUVE, 53

1888

Hommage de l'auteur,
Dr Camille

NOTES CHIRURGICALES

PROLAPSUS UTÉRIN
RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS
GUÉRISON

*
* *

SUR UN NOUVEAU CAS D'EXTIRPATION
DE POLYPE DE L'OREILLE PAR TORSION

PAR

le Dr Camille MOREAU
Chef de Service à l'Hôpital de Charleroi.

Extrait du *Bulletin Médical*,
N° 7 de Juillet 1888.

CHARLEROI
IMPRIMERIE AUGUSTE PIETTE, RUE NEUVE, 53

1888

I.

PROLAPSUS UTÉRIN.

Raccourcissement des ligaments ronds. — Guérison.

Le raccourcissement des ligaments ronds, actuellement connu sous le nom d'*Opération d'Alexander*, a pour but de remettre en place l'utérus prolabé ou renversé en arrière et de le maintenir dans sa position normale. Il n'entre pas dans mon intention d'établir une comparaison quelconque entre les avantages et les défauts de cette méthode et ceux des autres moyens, tels que la réposition au moyen de pessaires, l'*elytrorrhaphie* (avivement de la muqueuse de la paroi vaginale antérieure), l'*épisiotomie* (avivement d'une surfence cruentée sur les deux parois vaginales ou sur les deux grandes lèvres et sutures de ces surfaces entre elles), et l'*hystérorrhaphie* (suture de l'utérus à la paroi abdominale). *Manrique*, (1) dans sa thèse, dit que le repos dans la position horizontale, l'application des pessaires de différentes formes et toutes les opérations ayant pour résultat le rétrécissement du canal vagino-vulvaire, ne sont pas d'une grande utilité pour la patiente et ne réussissent qu'à lui enlever une partie de ses maux. Comme le dit *Bouilly* (2), de son côté, il est évident que l'*hystérorrhaphie* proposée par *Kelly*, ne peut guère être que le complément d'une opération ayant nécessité une laparotomie préalable. L'opération d'Alexander, au contraire, sans mettre la vie de la femme en danger, car, sous les précautions antiseptiques,

---

(1) Manrique. — Etude sur l'opération d'Alexander, 1886.

(2) Bouilly. — Encyclopédie internationale de chirurgie T. VII. p. 685.

elle est absolument inoffensive, (statistique : 0,8 °/₀ de décès sur 124 cas, le seul décès relevé par *Manrique* ayant été causé par infection purulente), cette opération, dis-je, pour autant qu'elle réussisse, c'est-à-dire, que le raccourcissement des ligaments ronds soit suffisant, peut débarrasser complètement la malade de son infirmité.

Bouilly (loco-citato) dit avoir pratiqué cette opération il avec succès; reconnaît que le danger opératoire est réduit au minimum et même que l'intervention chirurgicale est sans danger. Toutefois, le savant chirurgien français pense que les indications de l'opération sont très limitées et qu'elle ne sera pas très-fréquemment pratiquée dans l'avenir.

Heydenreich (1), dans un article publié au sujet de l'opération d'Alexander, conclut à la supériorité du résultat obtenu par l'opération sur celui que donne l'usage des pessaires, appareils désagréables « présentant de *sérieux inconvénients* et *étant parfois la source de réels dangers.* » Entre l'opération d'Alexander et celles dont il a été question plus haut, *Heydenreich* ne se prononce pas; il croit convenable d'attendre. Néanmoins il conclut ainsi : « L'opération « d'Alexander est encore d'origine trop récente pour que « l'on puisse formuler à son sujet des conclusions plus pré- « cises. Mais on peut affirmer, dès aujourd'hui, qu'elle est « appelée à rendre de réels services, et qu'elle s'impose à « l'attention des chirurgiens. »

C'est par une conclusion analogue que notre distingué confrère belge *Thiriar* termine une note publiée dans « *la Clinique. — 1re année n° 49* » à propos de son intervention chez une dame de 42 ans souffrant d'un prolapsus utérin.

« Pour ma part » dit Thiriar, « je crois à l'avenir de « cette nouvelle conquête qui rendra de grands services « dans certains cas de déplacement utérin. »

A juger de l'opinion ayant cours en Allemagne, par ce

(1) Albert Heydenreich. — Thérapeutique chirurgicale contemporaine, p. 188.

qui s'est dit au 2me Congrès de la Société Allemande de Gynécologie (24 au 26 mai 1888), (1) cette opinion ne serait pas aussi en faveur de l'opération d'Alexander. *Skutsch* d'Iéna et *Winkel* de Munich spécialement, considèrent cette opération comme « *ne donnant pas de brillants résultats.* » Il est juste d'ajouter que tandis que *Skutsch* et *Winket* n'apportaient aucun fait de leur pratique personnelle à l'appui de leur opinion, *Werth* leur répondait : « j'ai pratiqué neuf « fois l'opération d'Alexander et j'ai toujours réussi facile- « ment à trouver les ligaments ronds. Le premier de mes « cas remonte à 1 an 1/2 et la malade est tout-à-fait guérie. »

Toutefois, nous pouvons le dire, *adhuc sub judice lis est*, et certainement, pour aider à éclaircir cette question douteuse, il sera pendant longtemps encore utile de publier le détail des faits observés et des résultats obtenus. A mon sens, si l'opération d'Alexander tient ses promesses, elle constituera l'une des plus belles conquêtes de notre temps, à raison de la quantité considérable de malheureuses qu'elle parviendra à soulager, tandis qu'elles passent une misérable vie dans la souffrance et la mélancolie.

Maurique fait une longue dissertation sur la question de priorité. Pour résumer le débat, voici les noms des médecins qui ont contribué, à des époques différentes, à ériger la méthode de *raccourcissement des ligaments ronds* pour combattre les déplacements utérins.

Dès 1840 *Alquié* de Montpellier *propose* devant l'Académie de médecine de raccourcir les ligaments ronds pour la cure de rétroversions et du prolapsus de la matrice. En 1850, *Alquié* rappelle sa *proposition*. En 1860, *Legendre*, présente une thèse sur le prolapsus utérin et dit : « il faudrait raccourcir ce qui est devenu trop long. » En 1869 *Kœberlé*, au cours d'une laparotomie pour un iléus, découvre que celui-ci est dû à une rétro-flexion utérine et, pour enlever l'obstacle, *fixe dans l'angle inférieur de la plaie abdo-*

(1) Semaine médicale 8me Année n° 22 p. 217 et Revue obstétricule et gynécologique IVme année n° 6 p. 220.

minale tout le ligament large gauche. En 1877 l'utérus de la patiente gardait encore la position que *Koeberlé* lui avait donnée. Enfin M. le professeur *Deneffe* de Gand pratiqua l'opération en 1864 dans le service de *Burggraeve* sur le vivant. Malheureusement il ne trouva pas les ligaments et cet insuccès le découragea.

En fait, c'est *William Alexander* de Liverpool qui le 14 décembre 1881 pratiqua pour la première fois le raccourcissement des ligaments ronds et avec succès, sur le vivant. Son exemple a été suivi depuis par plusieurs chirurgiens. Dans notre pays pourtant elle est de date encore récente et je ne connais jusqu'à présent que le cas rapporté par *Thiriar* et celui qui m'est personnel.

Avant d'aborder le détail de ce dernier, je ferai remarquer qu'abstraction faite de l'âge et des transformations que la vieillesse amène dans la structure des ligaments ronds, une seule contre indication existe dans l'emploi de leur raccourcissement pour combattre les déplacements de l'utérus libre de toute tumeur. Cette contre-indication réside dans la présence d'adhérences fixant l'utérus dans sa position ou dans sa déviation anormales. Il va de soi qu'en pareille occurrence, les efforts de traction sur les ligaments ronds seraient bien inutiles. Peut-être, à cause d'un certain degré d'élasticité dont ces cordons seraient capables, pourrait-on en attirer une petite partie à l'extérieur; mais dans ce cas, grand serait le danger de les briser, et vains seraient les efforts de réduction. L'expérience l'a du reste démontré à diverses reprises.

Ces préliminaires posés, j'en arrive au cas qu'il m'a été donné d'opérer il y a quatre mois et demi et dans lequel la réussite a été aussi absolue que la patiente pouvait la désirer.

Mme B.... 23 ans, ayant eu un enfant, entre dans mon service à l'hôpital civil de Charleroi le 12 février 1888 pour y subir l'opération d'Alexander. Cette personne m'avait été adressée par mon confrère le Dr *Noël* de Montigny-sur-

Sambre. Mme B.... est atteinte d'un prolapsus utérin. Le col arrive au niveau de la vulve. La patiente éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Ses règles sont presque continues. Elle perd, aux époques menstruelles une quantité considérable de sang. Tout rapprochement conjugal lui devient intolérable.

Cette personne a reçu pendant plusieurs mois les soins assidus de mes confrères *Noël* de Montigny et *Olivier* de Marcinelle, qui tous deux obtenaient parfaitement la reposition de l'utérus, mais ne parvinrent pas, malgré tous leurs efforts, à maintenir l'organe dans sa position normale. Mme B.... restait des mois dans le décubitus dorsal. Tout paraissait rentré dans l'ordre. Au bout de quelques jours de vie ordinaire, le prolapsus se reproduisait avec tous ses inconvénients. Les pessaires n'étaient guère supportés, et cette malheureuse avait une existence empoisonnée. Aussi elle et son mari me suppliaient-ils d'intervenir pour la débarrasser, à n'importe quelles conditions, de son infirmité. Je proposai l'opération d'Alexander qui fut acceptée avec le plus grand empressement. Il n'y avait aucune adhérence périutérine, la femme était jeune, aucune méthode non sanglante ne l'avait soulagée, la patiente réclamait mon intervention avec instance. Je me trouvais par conséquent dans les meilleures conditions pour pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds.

Pendant plusieurs jours je tins la patiente en observation parcequ'elle finissait sa période menstruelle et parceque, par une alimentation riche, je voulais réparer quelque peu le délabrement de son état de santé.

Le 21 nous procédons à l'opération et nous nous conformons avec la plus grande exactitude aux précautions antiseptiques.

Mes Confrères *Miot, Wauthy, Ferminne, Thomas, Noël* et *Sarlet* me prêtent leur assistance.

Mme B... a pris, les 2 jours précédents, deux bains généraux. Le 20 elle a pris un purgatif et le matin du jour de l'opération un lavement. Elle est chloroformée; le pubis est rasé, la vessie vidée et le vagin désinfecté.

Je commence l'opération par le côté droit. Je suis exactement les indications fournies par *Manrique* dans sa description du manuel opératoire. Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané parallèle à la direction du canal inguinal et dont le milieu correspond à l'épine du pubis. Cette incision à 5 centimètres de longueur. Je vois l'aponévrose du muscle grand oblique et je trouve un lobule graisseux qui recouvre l'orifice externe du canal inguinal. J'enlève ce lobule et je remarque une masse rougeâtre que je crois être l'extrémité épanouie du ligament rond. Je cherche par la dissection à limiter et à isoler cette masse. Je n'y parviens pas et je m'aperçois, qu'en pénétrant dans ce que je pense être le canal inguinal, je m'enfonce peu à peu à travers le muscle dans un espace limité par le pubis en dedans et la face inférieure des fibres arciformes de l'aponévrose, qui forment le pilier et la paroi inféro-interne du canal. Je suis convaincu de la fausse route par la constatation parfaite de cette paroi réfléchie. En ce moment je porte le doigt dans la plaie et je sens facilement que, tandis que ce doigt explorateur ne peut pénétrer dans la région où je cherche le ligament, il pénètre très facilement un peu en dehors, c'est-à-dire dans la région du canal inguinal. Je ferai remarquer ici que les diverses descriptions que j'ai lues sur la technique opératoire, semblent copiées littéralement l'une sur l'autre. Ce qui explique que les points de repère indiqués par Alexander lui-même ont paru suffisants. Or dans le cours de mon opération, j'ai été étonné du service que pouvait rendre l'exploration digitale, que je n'ai trouvée renseignée nulle part et qui, cependant, me paraît bien donner les indications les plus formelles, sur la situation de l'orifice du canal inguinal. J'attire toute l'attention du lecteur sur ce point, car cette petite manœuvre sera toujours d'un très grand secours.

Quoiqu'il en soit je me trouvai à l'extrémité externe du canal inguinal. J'incisai, sur 2 1/2 centim, la paroi supérieure au moyen de ciseaux et je découvris l'extrémité du ligament rond, ainsi que la petite branche inguinale du nerf génito-cural que je sectionnai. Alors m'aidant d'une pince à dissection tenue de la main gauche, je séparai au moyen de ciseaux les parties périphériques de l'extrémité du ligament, des parties avoisinantes, et remontant ainsi de proche en proche, de manière à comprendre dans la partie isolée le plus de tissu possible, afin d'avoir la plus grande résistance, j'arrivai à la portion nacrée, luisante du ligament rond, que j'attirai facilement. Je chargeai le tout sur une sonde cannelée.

Je refis la même opération de l'autre côté. Seulement l'incision ne mesurait que 3 centim. et grâce à l'exploration digitale, j'arrivai de suite au canal. L'isolement du ligament fut relativement facile. Je plaçai sur lui une pince à pression.

Quelques petites artérioles avaient été tordues pendant l'incision des parties superficielles.

Les deux ligaments ronds étaient bien mobilisés. Nous pouvions les attirer sans grand effort, par une traction lente, continue et combinée avec des mouvements latéraux assez semblables à ceux que l'accoucheur exerce sur le cordon placentaire, lors de la delivrance.

En ce moment *M. Noël* introduisant le doigt dans le vagin reporta la matrice aussi haut que possible, et *M. Ferminne* et moi attirâmes, chacun de notre côté, un ligament rond de manière à en faire sortir 10 centimètres.

Deux pinces de Koeberlé arrêtèrent les ligaments à cet endroit.

Après un lavage de chaque plaie au moyen d'une solution phéniquée, puis d'une solution de sublimé corrosif, afin de combiner l'action de ces deux antiseptiques, comme le conseille si justement *Lucas-Championnière*, je pelotonnai les extrémités ligamenteuses dans le fond de la plaie et,

par une double suture de catgut n° 3, les rattachai aux deux piliers de l'anneau inguinal.

Après un nouveau lavage, je saupoudrai les surfaces cruentées de poudre impalpable d'iodoforme. Je fis alors trois sutures de la peau au catgut et insinuai, par l'extrémité inférieure des plaies, une petite languette de gaze iodoformée devant servir à faire le drainage.

Le tout fut alors recouvert d'un pansement iodoformé bien assujetti, en dernière analyse, par une bonne bande en flanelle. Pour terminer, nous introduisîmes, dans le vagin, deux tampons de ouate imprégnée de glycérine boratée et saupoudrée d'iodoforme.

La patiente fut remise au lit, dans le décubitus dorsal, les jambes relevées par un coussin.

Le premier jour et la première nuit furent marqués par des vomissements bilieux. La température et le pouls ne s'élevèrent pas au-dessus de la normale.

Comme notre malade était habituellement constipée, il ne fut pas nécessaire d'intervenir pour empêcher les efforts de défécation. Ce n'est qu'au bout de 8 jours que nous eûmes une selle, grâce à l'administrationd'un purgatif léger. Pendant 5 jours nous fîmes sonder la patiente 4 à 5 fois par 24 heures.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Au bout de huit jours, le pansement fut renouvelé. La réunion était complète et les fils résorbés. Cependant je laissai les deux mèches de gaze et je les enlevai seulement avec le dernier pansement, au bout du quinzième jour. Les tampons intra vaginaux étaient remplacés tous les deux à trois jours. Après le quinzième jour, il n'en fut plus introduit.

La patiente conserva le lit pendant 8 jours encore, et se remit alors à marcher peu à peu. Un mois après l'opération je lui délivrai son billet de sortie.

Depuis lors, Mme B.... est dans les meilleures condi-

tions. Malgré mes recommandations elle n'a pas porté de pessaire. Néanmoins la matrice est restée en place, et toutes les souffrances de la malade ont disparu.

Le résultat s'est parfaitement maintenu jusqu'à ce jour et je ne vois aucune raison pour qu'il ne persiste pas.

II.

Sur un nouveau cas d'extirpation de polype de l'oreille par torsion.

Il s'agit dans cette communication d'un polype muqueux pédiculé comme celui dont il a été question dans la séance d'août 1885 et à propos duquel, j'ai dit quelques mots qui ont été rapportés dans le *Bulletin* de la même année page 33.

Certes je ne veux pas donner à mon observation plus de valeur qu'elle n'en comporte, mais je crois utile de la rapporter pour deux motifs : D'abord parcequ'elle me confirme dans l'idée que j'émettais après ma première extirpation, à savoir que *l'arrachement par torsion* me paraît plus facile et plus radical dans ses résultats que l'excision au moyen d'un serre-nœud. En second lieu parceque les auteurs sont d'opinions différentes sur les avantages de diverses méthodes, qui ont été tour à tour appliquées et que par là, on éprouve assez d'embarras lorsqu'en présence d'un cas à opérer il faut, à son tour, se prononcer pour tel ou tel moyen.

En attirant l'attention sur les résultats que m'a donnés *la torsion,* je n'apprendrai certes rien de neuf aux spécialistes, mais j'espère faciliter la tâche de mes confrères, qui dans leur service journalier, rencontreront des polypes de l'oreille et seront suffisamment armés pour que, sans danger de nuire, ils puissent débarrasser leurs patients de leur infirmité.

Dubreuil classe ainsi les diverses méthodes d'enlèvement des polypes de l'oreille: *Cautérisation, arrachement, excision, raclage, broiement et ligature.* (1)

Il donne à leur sujet l'appréciation suivante:

Cautérisation: Lente et douloureuse.

Arrachement: Dangereux. On s'expose à arracher tout autre chose que le polype.

Excision: Ne convient que quand l'implantation se fait assez près de l'orifice du conduit auditif.

Raclage: Convient seulement aux polypes du conduit auditif.

Broiement: Sert surtout pour les tumeurs profondes qu'il est impossible d'enlever en totalité.

Ligature extemporanée au moyen du polypotome de Wilde *est le meilleur procédé.*

L'auteur entre du reste, dans très peu de détails pour étayer son opinion.

Malgaigne (2) dit que la *cautérisation*, la *ligature* et *l'excision* ne conviennent que quand le polype est peu profond.

L'arrachement, ajoute l'auteur, convient dans tous les cas. *Dupuytren* le pratiquait au moyen de petites pinces à griffes en *faisant opérer au polype saisi un mouvement de rotation autonr de son axe,* de manière à briser sa racine.

D'autrefois l'arrachement se fait par *traction.*

D'après *Guill-Kramer.* (3)

---

(1) Dubreuil. — Eléments de médecine opératoire p. 539.

(2) Malgaigne. — Manuel de médecine opératoire 4me édition p. 374.

(3) Guill-Kramer. — Traité des maladies de l'Oreille, traduit de l'allemand par le Dr L. Bellefroid; P. 109 et suiv.

Cautérisation : « On a grand tort d'attendre la destruc-
« tion des polypes pédiculés du seul emploi des caustiques ;
« ces remèdes sont toujours lents, douloureux et ne doivent
« être mis en usage que lorsque ces excroissances ne
« peuvent être atteintes par des instruments tranchants ou
« par d'autres moyens. »

Excision : « Au moyen de ciseaux très-fins courbés sur
« le plat, ou d'un couteau mousse courbé de la même
« manière et à double tranchant.

« C'est aux instruments tranchants que nous devons
« le plus grand nombre de succès. »

Ligature : « L'application est difficile ou même impos-
« sible quand le polype est petit et situé près de la mem-
« brane du tympan. »

Arrachement. « Au moyen d'une petite pince très-étroite,
« garnie à son sommet de 5 pointes aiguës pour saisir le
« polype et l'*arracher en le tordant*. »

Kramer ne se prononce pas autrement sur la valeur de l'arrachement. Il rapporte seulement à la page 122 une observation, la XXme, où il enleva le polype par *torsion !*

Dans son traité, le Dr *Fort* (4) se prononce ainsi qu'il suit :

Cautérisation : généralement impuissante. La potasse caustique et le cautère actuel ne doivent pas être employés.

L'*arrachement*, « *en y ajoutant la torsion*, est une bonne
« opération quand la tumeur est implantée sur le conduit
« auditif non loin du méat. »

La ligature « rend des services dans les polypes pro-
« fonds et à pédicule étroit. »

---

(4) Dr J. A. Fort. — Pathologie et clinique chirurgicale; 2me Edit. T. Ier.

L'*excision* « au moyen d'une pince et d'un petit bistouri « *ad hoc* ou avec le serre-nœud, a de grands avantages. « *Elle est plus rapide et plus complète.* »

On trouve dans l'ouvrage de *Follin et Duplay* (5) l'opinion suivante :

Cautérisation : Procédé douloureux, présentant des inconvénients et des dangers. Il est repoussé.

Arrachement : Il faut le proscrire. Ce procédé est dangereux, car il est aveugle.

Excision : au moyen du bistouri, des ciseaux courbes sur le plat; cette méthode est fort difficile.

Ligature : « Aucun procédé n'égale, par la simplicité, « la rapidité d'exécution et l'innocuité, celui de la ligature « extemporanée et nul instrument, malgré les modifica- « tions diverses qu'on lui ai fait subir, n'est supérieur au « polypotome de Wilde. »

P. Guerder (6), dans l'article consacré par lui à l'Encyclopédie internationale de chirurgie, est très-sobre de considérations. Cet écrivain s'exprime ainsi :

Ablation : « Pour les polypes volumineux il ne faudra « jamais recourir à l'arrachement. Il est préférable de « recourir au polypotome de Wilde, de Baratoux ou autres. »

M. Bonnafont (7) emploie l'*arrachement combiné avec la torsion* contre les polypes des parois du conduit auditif. Il recourt à la *ligature* ou mieux à l'*excision* pour ceux qui siégent sur le tympan.

---

(5) Follin et Duplay. — Traité élémentaire de pathologie externe T. IV; p. 158.

(6) Encyclopédie internationale de Chirurgie. — T. V; P. 372.

(7) Lucas-Championnière. — Journal de médecine et chirurgie pratiques. Art. 2924 et 7479.

Triquet (8) *arrache* les polypes volumineux, puis cautérise au moyen de chlorure de zinc liquide ou de poudre de sulfate de cuivre.

Enfin, pour en finir avec ces quelques citations relatives aux diverses opinions exprimées ça et là, je ferai remarquer que M. *Péan* (9), dans le seul cas de polype de l'oreille qu'il rapporte, a enlevé la production morbide au moyen du serre-nœud de M. *Desarènes*. Ce polype s'implantait dans la caisse. Le pédicule fut cautérisé par une solution de nitrate d'argent. M. *Péan* penchait donc, dans ce cas, pour la ligature extemporanée suivie de la cautérisation du pédicule.

Après ce qui précède, il est inutile d'insister sur l'obscurité qui plane sur le choix d'une méthode de traitement des polypes de l'oreille. Toutefois il faut reconnaître que d'une manière générale les auteurs s'accordent à rejeter la *cautérisation* et *l'arrachement*. *L'excision* par l'instrument tranchant n'est guère recommandée. Les sympathies se portent surtout vers la *ligature* extemporanée au moyen d'un serre-nœud quelconque, spécialement du polypotome de Wilde, suivie de la cautérisation au moyen d'un escharotique plus ou moins énergique, ou mieux, comme on le fait aujourd'hui, au moyen du galvano-cautère. Cette cautérisation a pour effet d'arrêter les hémorrhagies et de détruire les restes de la tumeur pour en empêcher la récidive.

En présence de cette étude, il me paraissait tout indiqué de recourir à l'excision par le polypotome de Wilde, lorsqu'il y a 3 ans je dus intervenir chez une petite fille de 9 ans, présentant un polype de l'oreille droite. Ce polype était muqueux, gros comme un petit haricot, pédiculé. La grosse extrémité de la tumeur, rouge, molle, dépassait l'orifice

---

(8) Lucas-Championnière. — Loco-citato. A. 5853.

(9) Péan. — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital St-Louis pendant 1877 et 1878. P. 474.

externe de l'oreille. Il n'était pas possible au moyen du stylet de contourner le polype qui remplissait complètement le conduit auditif. Je ne pouvais m'assurer du lieu d'implantation. Une abondante sécrétion purulente sortait de l'oreille et déterminait au pourtour un peu d'eczéma de la peau. La petite fille n'entendait presque plus.

Je conduisis donc l'anse en fil d'argent de l'instrument de Wilde aussi loin que possible. Mais j'eus beau serrer cette anse ; le polype ne put être sectionné. Je m'aperçus que la tige du polypotome pliait et que les efforts de traction que j'opérais augmentaient ce ploiement, sans entraîner une plus grande striction de l'anse. Alors j'eus l'idée d'imprimer à l'instrument quelques mouvements de torsion sur lui-même, de manière à tordre les deux chefs du nœud et à amener ainsi la diminution de la capacité de l'anse. J'avais à peine fait deux tours, sans chercher à produire la moindre *traction*, quand je vis la tumeur suivre le mouvement de torsion et sortir entière, complètement déchâtonnée, sans douleur pour la petite patiente. Je venais d'être convaincu en même temps d'un inconvénient pouvant se présenter dans la manœuvre du serre-nœud de Wilde et d'un excellent résultat de l'arrachement par torsion. Je mis ces deux faits en lumière dans une séance de la Société Médicale de Charleroi.

J'attendais une nouvelle occasion de comparer les deux mêmes procédés, décidé du reste à faire l'extirpation par la *torsion*; c'est la seconde observation que je désire exposer.

Vers le commencement de mai 1888 je suis consulté par le nommé Tr.... J. marié, 28 ans. Cet homme porte dans l'oreille droite un polype extrêmement volumineux, et par le conduit auditif s'écoule une grande quantité de pus. L'ouïe est presque perdue de ce côté.

Il est impossible de déterminer le lieu d'implantation du polype qui est mou et blanchâtre.

Je porte sur la tumeur l'anse de l'appareil de Wilde et je l'enfonce vers la base d'implantation de la tumeur aussi loin qu'il est possible de le faire. Mon but était de vérifier ensuite la longueur du pédicule demeurant implanté, en admettant que la section eût été faite par le polypotome. Je serrai donc celui-ci jusqu'à ce que je fusse certain qu'il demeurerait en place, et, au moyen d'une pince à polype nasal, je fis faire un tour et demi à la tumeur saisie complètement par les mors de l'instrument. La tumeur sortit sans qu'il eut été nécessaire que je fisse la moindre traction. Elle sortit complète et parfaitement pure de tout tissu environnant.

La tumeur a le volume d'une grosse fève. Sa longueur est de 4 centimètres. Elle est ovoïde et son diamètre, vers le milieu, mesure 2 1/2 centimètres. A son extrémité d'implantation, elle présente un petit prolongement de 2 millim. analogue au cotylédon d'un haricot.

La *torsion* produisit ce dégagement complet du polype sans effort, sans douleur pour le patient. La sortie de la tumeur fut suivie d'une perte sanguine fort modérée, et l'ouïe se rétablit immédiatement.

Ce polype dâtait de plusieurs années. L'un de nos confrères l'avait broyé il y a 5 ans et en avait enlevé de gros fragments.

Au point de vue du résultat que j'étais en droit d'attendre par l'action du polypotome, voici ce que je constatai : Le fil d'argent avait étranglé la tumeur à l'union du 1/4 inférieur avec les 3/4 supérieurs. J'aurais donc, par la ligature extemporanée, laissé dans l'oreille un quart de la tumeur. Or je pense que la destruction de cette portion par

les caustiques n'aurait guère pu se produire sans de très-grandes difficultés et sans un traitement, en tous cas, qui aurait nécessité de nombreuses et douloureuses séances.

Cette observation et l'expérience qui l'accompagnait m'ont donc confirmé dans la manière de voir que j'avais émise à propos de mon 1er cas, et m'encourageraient à recourir de nouveau, lec as échéant, à l'*extirpation d'un gros polype de l'oreille par la torsion, plutôt que par le polypotome.*